



## Vademecum sul consenso informato sanitario in psicologia scolastica

(documento approvato nel Consiglio del 29 gennaio 2021)

1. L'acquisizione del consenso e del dissenso informato in psicologia scolastica è un atto di specifica ed esclusiva competenza dello psicologo, non delegabile. Il CI deve essere acquisito direttamente e personalmente dallo Psicologo per rispondere alle domande ed ai dubbi che potrebbero insorgere in sede di firma, e che, nel caso in cui non venissero accolti, annullerebbero di fatto, la firma stessa. In tale veste, delegare l'acquisizione ad un soggetto terzo rappresenta una procedura errata.

2. Nel caso in cui lo psicologo lavori in equipe di pari, come nei casi in cui questa è organizzata in tirocinanti e supervisori, si deve permettere alla persona che esercita esercenti la responsabilità genitoriale, dal tutore o dall'amministratore di sostegno una gerarchia di responsabilità, che questi può seguire e ripercorrere. Il consenso informato all'intervento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale, dal tutore o dall'amministratore di sostegno, tenendo conto della volontà della persona minorenni, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità. La persona minorenni ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e decisione, e deve ricevere informazioni adeguate che gli permettano scelte consapevoli e relative alla propria salute. Lo psicologo segnala al dirigente scolastico, ovvero al Giudice Tutelare, l'opposizione da parte del minore informato e consapevole, o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale, la tutela o l'amministrazione di sostegno, all'intervento in programma.

3. Il consenso informato, raggiunto nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni psicofisiche del destinatario della prestazione sanitaria, è documentato di preferenza in forma scritta, oppure attraverso videoregistrazioni o attraverso dispositivi che consentano alla persona che esercita esercenti la responsabilità genitoriale, dal tutore o dall'amministratore di sostegno una gerarchia di responsabilità di comunicare la propria volontà.

4. Il consenso informato deve essere acquisito dal professionista psicologo nei casi di prestazioni professionali sanitarie che comprendono sinteticamente le seguenti attività: sostegno psicologico, psicoterapia, osservazione, diagnosi, prevenzione, abilitazione-riabilitazione. Il c.d. "sportello d'ascolto" rientra negli interventi sanitari. L'attività di osservazione in classe anche di un solo studente richiede il consenso informato degli esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela di tutti gli studenti presenti.

5. Nei casi di interventi in cui sono coinvolti persone esercenti la responsabilità genitoriale, tutori o amministratori di sostegno e/o docenti afferenti alla classe di cui il

minore è alunno, è necessario acquisire il loro consenso informato in un formato separato da quello ottenuto per il minore.

6. Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale.

7. Lo psicologo che lavora in ambito scolastico (in Enti pubblici) assume il ruolo e la funzione di Pubblico Ufficiale. In ottemperanza a tale ufficio, lo psicologo ha l'obbligo di referto/denuncia nelle ipotesi di reato a procedibilità d'ufficio, mentre negli altri casi valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente, o parzialmente, alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Fac-simile consenso informato in psicologia scolastica  
- da adattare all'incarico ricevuto -

VERSIONE PER PERSONE MINORENNI

Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
Cod. Fiscale	
Num. di cellulare	
e-maill	

Esercente responsabilità genitoriale (madre)

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
Cod. Fiscale	
Num. di cellulare	
e-maill	

Il Sig. \_\_\_\_\_ e

La Sig.ra \_\_\_\_\_ o

Il tutore \_\_\_\_\_

Sono/è informati/o sui seguenti punti in merito al piano di intervento \_\_\_\_\_

nei confronti di \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_ da parte  
della/del Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_ Psicologa/o-Psicoterapeuta/o, iscrizione  
Albo professionale degli Psicologi del Friuli Venezia-Giulia n. \_\_\_\_\_.

1. il piano di sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore benessere psicofisico personale del minore, ed ha validità per l'anno scolastico in corso;

2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico. Questo avrà durata stimata di \_\_\_\_\_ min., e sarà condotto con frequenza da concordare in base alla complessità del piano di intervento;

3. potranno essere usati strumenti conoscitivi per gli interventi di prevenzione e le attività di sostegno in ambito psicologico;

4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

In caso di prestazioni erogate a distanza:

6. la prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso lo strumento \_\_\_\_\_ (indicare se telefono, Skype, Zoom ecc.);

7. il professionista si impegna a fornire/indicare la strumentazione elettronica più adeguata e affidabile per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatiche, in conformità alla normativa di settore;

8 durante la prestazione a distanza, il professionista si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non siano presenti soggetti terzi, e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni. Medesimo impegno è richiesto a chi è diretto l'intervento, e garantito da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, o la tutela;

9. il professionista può valutare, ed eventualmente proporre, l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dal piano di intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi;

10. il professionista si impegna a far firmare un consenso informato per piano di intervento.

Gli esercenti la responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

**Articolo 11.** Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

**Articolo 12.** Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque,

l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

**Articolo 13.** Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il Sig. \_\_\_\_\_ e  
La Sig.ra \_\_\_\_\_ o  
Il tutore \_\_\_\_\_, dopo aver ricevuto  
e compreso le informazioni, ovvero aver avuto modo di chiarire ogni dubbio, prestano/presta il  
consenso informato al piano di intervento psicologico in programma nei confronti di  
\_\_\_\_\_

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Firma tutore

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Luogo e data,